

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Paris : Mention : Médecine

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

— THÈSE —

N.° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 mars 1908, à 1 heure.

Par M^{me} NATANSON-RAPPORT

Contribution à l'étude

DE

L'INFECTION PUERPÉRALE

ET EN PARTICULIER

DE SON TRAITEMENT

Président : M. P. BAR, professeur.

*Juges : } MM. A. ROBIN et QUÉNU, professeurs.
 } CARNOT, agrégé.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie.		NICOLAS.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	DEJERINE.
		BRISAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		PIERRE MARIE.
Histologie.		PRENANT.
Opérations et appareils		QUENU.
Pharmacologie et matière médicale.		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale.		THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		G. BALLET
Pathologie expérimentale et comparée.		ROGER.
	}	HAYEM.
Clinique médicale.		DIEULAFOY
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
		HUTINEL.
Maladies des enfants		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.		RAYMOND.
	}	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.		BERGER.
		RECLUS.
		SEGOND.
Clinique ophtalmologique.		De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	}	PINARD.
		BAR.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique		A. ROBIN.
Agrégés en exercice.		
MM.		
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY
BEZANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT
BRINDEAU	GOSSET	LOPER
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD
CARNOT	JEANSELME	MARION
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN
CLAUDE	LABBE (MARGEL)	MULON
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX
		NOB ECOURT
		OMBR EDANNE
		POTOCKI
		PROUST
		RENON
		RICHAUD
		RIEFFEL (che
		des trav. anat.
		SICARD
		ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON MARI

A MON FILS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR BUDIN

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MONOD

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNIN

MM. LES DOCTEURS CATHALA ET DEVRAIGNE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ

ACCOUCHEUR DE LA CLINIQUE TARNIER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Malgré les progrès de l'antisepsie et de l'asepsie, l'infection puerpérale existe encore, sa mortalité diminue, mais elle devrait être nulle ; nous allons nous efforcer de montrer que pour y arriver il faut s'attacher à en bien connaître les causes et qu'ainsi en évitant certaines fautes, souvent légères en apparence, on peut diminuer les chances de contamination ; ensuite nous indiquerons les symptômes dans les différentes formes pour arriver à un diagnostic rapide et précoce dont dépendra le traitement précoce, prophylactique surtout efficace.

Nous nous souviendrons qu'il y a toujours deux étapes nettes à l'infection puerpérale :

1^o Étape utérine ;

2^o Étape de généralisation : soit péritonéale, soit septicémique ou pyohémique ;

et que l'on aura le plus grand intérêt à dépister l'infection alors qu'elle est encore localisée à l'utérus, car plus on s'éloignera de cette première phase, moins on aura de chances de succès et nous étudierons successi-

vement le traitement local, puis le traitement général.

En essayant dans notre thèse inaugurale d'apporter une contribution à l'étude de l'infection puerpérale, nous avons voulu rendre un hommage de profonde reconnaissance à la mémoire de notre regretté maître M. le professeur BUDIN. Dans le cours du stage que nous avons fait à la clinique Tarnier il nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance et il voulut bien nous donner de nombreuses preuves de sympathie quand nous dûmes avoir recours pour nous-mêmes à son haut talent de praticien.

Dans les mêmes circonstances : M. le professeur agrégé JEANNIN nous fut d'un précieux secours, nous l'en remercions de tout cœur, ainsi que des conseils qu'il nous a donnés pour le choix de ce sujet de thèse.

Que M. le professeur BAR reçoive ici l'expression de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en voulant bien présider notre thèse.

Nous remercions bien vivement MM. le D^r CATHALA, chef de clinique à la Faculté, le D^r Devaigne, préparateur à la Faculté et METZGER, interne des hôpitaux, pour l'amabilité avec laquelle ils ont bien voulu nous recevoir et l'aide qu'ils nous ont donnée en mettant à notre disposition les éléments de ce modeste travail.

CHAPITRE PREMIER

LES CAUSES PRINCIPALES DE L'INFECTION PUERPÉRALE

Quelles sont les causes de l'infection? Ici encore il faut distinguer : les suites de couches et les suites de fausses couches ; et chacun sait que si l'infection est heureusement l'exception dans le premier cas, elle est extrêmement fréquente dans les avortements et il nous sera facile d'en trouver les causes.

A. — DANS LES SUITES DE COUCHES L'INFECTION EST L'EXCEPTION. — Il faut bien l'avouer, les méthodes antiseptiques modernes ont donné, dans certaines mains, des résultats qui semblent contradictoires, mais hâtons-nous de dire que ce n'est là qu'une apparence. Nos maîtres nous citent souvent le cas de tel vieux praticien qui, remplacé momentanément dans sa clientèle par un jeune confrère, voit les infections puerpérales se multiplier ; c'est que, confiant dans une asepsie ou une antiseptie qu'il croit parfaite, le nouveau venu n'a

pas la grande prudence de son prédécesseur ; il ne craint pas de multiplier ses examens ; souvent *il ne sait pas attendre* et pendant le travail en particulier les touchers sont répétés « pour voir où en est la dilatation ».

Sans doute c'est plus commode que de se baser sur la fréquence des contractions, sur la douleur plus ou moins intense, sur le cri même de la parturiente, tous signes que l'on devrait s'habituer à connaître parce qu'ils évitent de nombreux examens directs, et ne savons-nous pas d'ailleurs que normalement le travail a une marche régulière, différente chez la primipare et chez la multipare ? et cette notion permettra souvent de s'en tenir à un seul toucher qui renseignera à la fois : sur l'état du col et des parties molles, sur le degré d'engagement de la présentation, sur la formation de la poche des eaux et sur la conformation du bassin. Après cet examen on attendra et dans la grande majorité des cas l'évolution n'en sera que plus favorable.

D'ailleurs, cette façon de faire, unanimement reconnue pour la meilleure, est observée par la majorité des praticiens et c'est pourquoi nous avons posé dès le début, cet axiome que « l'infection est l'exception après un accouchement normal ».

Mais il n'en est plus de même quand on est obligé à une intervention pour terminer l'accouchement, que l'on ait à faire une version, à appliquer un forceps ou tout autre instrument. A l'hôpital il nous est facile de prendre toutes les précautions, mais dans certaines clientèles cela est impossible, et on est là obligé, entre deux maux, de choisir le moindre : d'abord délivrer

la femme, ensuite on luttera contre l'infection possible, que l'on attendra en quelque sorte et ce sera le cas d'appliquer les mesures prophylactiques dont nous parlerons au traitement.

Nous n'insisterons pas davantage sur les infections d'origine exogène que l'on pourra heureusement éviter le plus souvent, et nous allons rapidement passer en revue les infections autogènes, c'est-à-dire celles qui sont inhérentes à un état pathologique de la femme avant ou pendant le travail.

Ici l'infection peut se faire soit de proche en proche, soit par voie sanguine.

Des lésions vulvaires, périnéales peuvent exister au cours de la grossesse : lésions spécifiques infectées secondairement par exemple ou lésions d'infection banale à streptocoques ou staphylocoques et l'on conçoit aisément les graves conséquences qui peuvent en résulter, au moment de l'accouchement.

La rupture prématurée de la poche des eaux prédispose également à l'infection : on sait qu'elle peut se produire parfois quelques jours avant le travail et si le liquide amniotique est peu abondant elle peut presque passer inaperçue pour la femme qui ne s'en inquiétera guère ; mais l'œuf est ouvert et le risque des complications infectieuses presque certain. Plus souvent cette rupture de la poche des eaux est seulement précoce et l'on voit presque quotidiennement des femmes, surtout multipares, arriver à l'hôpital en plein travail et qui ont perdu leur liquide amniotique ; ceci s'est fait habituellement sans aucune antisepsie préalable et ce

n'est que par des soins attentifs qui l'on évitera l'infection que les guette.

Mais en dehors de ces cas on constate parfois au moment de la rupture de la poche des eaux que le liquide amniotique est fétide, l'enfant naît étonné, ou même en état de mort apparente, alors que rien du côté du système génital n'avait fait prévoir cette éventualité et l'on est bien obligé de conclure à une infection par voie sanguine. Celle-ci est d'ailleurs manifeste parfois : la femme accouche au cours d'une septicémie ou d'une fièvre grave (typhoïde, ictere grave, etc.) et l'infection utérine n'est plus alors qu'une complication au cours d'un état général déjà atteint. L'intestin, lui aussi, peut jouer un rôle important dans ces infections utérines : la constipation est fréquente pendant la grossesse et elle favorise des fermentations et aussi la pullulation microbienne et du bactérium coli, en particulier, que l'on retrouve dans les suites de couches, au niveau de l'utérus, parfois, plus souvent peut-être au niveau du rein et les pyélonéphrites dans les suites des couches sont bien connues.

Telles sont rapidement exposées les causes les plus fréquentes d'infection avant et pendant l'accouchement, on pourrait les appeler *causes prédisposantes*. Mais en réalité c'est après l'accouchement que l'on doit surtout craindre les causes d'infection *causes véritablement efficaces*, elles résident dans la rétention de tout ou partie des membranes ou des cotylédons placentaires.

Les membranes peuvent en effet se déchirer et alors il peut y avoir rétention à la fois de l'amnios, du cho-

rion et de la caduque ; ce sera par exemple le cas d'une expulsion trop rapide du placenta, d'un enchatonnement des membranes dans une corne, etc. ; ou bien et plus souvent, on aura affaire à une lésion pathologique de l'œuf, épaissement anormal de la caduque (môle...) ou à une affection de l'utérus qui provoquera l'adhérence des membranes (endométrite, etc.).

Les mêmes causes peuvent créer l'adhérence du placenta lui-même, qui parfois est comme enrusté dans la paroi utérine et quelques cotylédons peuvent être retenus, surtout des cotylédons accessoires.

On se rendra aisément compte de cette complication en ayant toujours soin d'examiner avec la plus grande attention le délivre après son expulsion ; on reconstituera le sac membraneux qui normalement ne devra présenter aucune autre solution de continuité que l'orifice de sortie du fœtus ; on reconnaîtra que la caduque recouvre la totalité du chorion, tout en sachant qu'elle ne forme pas réellement une membrane continue comme les autres ; enfin en rapprochant les divers cotylédons on verra si le gâteau placentaire est bien entier ; enfin on ne négligera pas de rechercher si, par hasard, sur les membranes un vaisseau interrompt brusquement son trajet indiquant l'absence d'un cotylédon accessoire qui pourrait être retenu.

En un mot on s'inquiétera toujours de savoir si *la délivrance est complète* et nous verrons quelle sera la conduite à tenir quand on aura quelque doute.

B. — DANS LES SUITES DES FAUSSES COUCHES L'INFECTION EST FRÉQUENTE. — Nous ne parlerons pas ici de

l'infection à la suite d'un accouchement prématuré, nous y retrouverions les mêmes causes que dans le paragraphe précédent. Nous voulons examiner l'avortement dans les trois ou quatre premiers mois car l'infection y est de beaucoup la plus fréquente, et nous allons voir quelles sont les causes qui viennent s'ajouter à celles déjà vues et qui aggravent le pronostic de ces avortements.

α). — Les avortements des premiers mois passent souvent inaperçus ou sont négligés.

β). — Ces avortements sont souvent d'origine criminelle.

α). — L'avortement se produit souvent alors que le diagnostic de grossesse n'avait pu être posé d'une façon ferme, ou même la femme n'avait pas consulté ; si elle est mal réglée elle ne s'est pas inquiétée d'un retard et que de fois arrivent à l'hôpital des femmes perdant du sang depuis plusieurs jours, s'étant soignées tant bien que mal, et qui sincèrement ne croient pas être enceintes, alors que l'examen révèle un gros utérus, un col mou, entr'ouvert..., enfin tous les signes d'un avortement fait ou en train de se faire ; et bien souvent une odeur fétide se dégage de l'écoulement vaginal, indiquant une rétention de tout ou d'une partie du placenta et la température est à 38° ou 40°.

A côté de ces avortements ignorés ou négligés, nous devons placer l'avortement que l'on cache. Ce n'est pas l'avortement criminel, il n'y a pas eu d'intervention ; mais la femme, qui avait pris son parti d'une grossesse qui lui est pénible, voit l'avortement se produire fortuitement ; elle espère que tout va maintenant s'arranger,

elle continue à cacher son avortement comme elle a caché sa grossesse ; mais si elle échappe à une hémorragie possible, elle évitera rarement l'infection et ses conséquences toujours sérieuses.

β). — Mais c'est à l'avortement provoqué criminel que se rattache le plus grand nombre d'infections graves. Est-il besoin d'insister sur les causes multiples qui assombrissent son pronostic ? Absence de précautions antiseptiques, manœuvres mal dirigées, traumatisme des organes génitaux allant jusqu'à la perforation de l'utérus ; et à ces accidents peuvent se joindre les causes que nous avons déjà vues : infection surajoutée à l'infection primitive possible, par suite de l'hésitation de la femme à venir consulter le médecin pour éviter d'avoir à avouer ses tentatives ; et nous retrouvons ici des rétentions d'œuf ouvert avec ou sans expulsion de l'embryon.

Nous devons nous souvenir, en résumé, que dans les suites de couches normales et prudemment dirigées l'infection est et doit être l'exception, que dans les avortements spontanés l'infection peut encore être évitée, mais que dans l'avortement criminel l'infection doit être à juste titre redoutée et justifiera comme nous le verrons plus loin un traitement prophylactique d'emblée, comme l'ont conseillé Budin puis Maygrier à la Société obstétricale de France en 1902. Aussi devons-nous insister sur l'importance qu'il y a à faire le *diagnostic de l'avortement criminel*, aucun moyen ne devant être négligé pour conduire la femme à un aveu dont dépendra souvent la guérison.

Toutes ces considérations sur les causes de l'infection nous ont paru nécessaires avant d'aborder le traitement car elles tracent en quelque sorte la marche à suivre dans les différents cas qui pourront se présenter.

CHAPITRE II

DESCRIPTION RAPIDE DES SYMPTÔMES

Nous ne nous attarderons pas à décrire longuement les symptômes, ils sont trop connus et classiques.

Mais, envisageant la question en vue d'un traitement précis, nous croyons devoir rappeler les principales étapes habituellement observées.

On a assez rarement l'occasion de suivre l'évolution des infections dans les avortements ; le plus souvent la femme arrive à l'hôpital déjà infectée : et l'on constate une infection soit localisée, soit déjà généralisée.

Dans le premier cas les symptômes généraux sont peu accentués, il y a seulement une température qui s'élève entre 38° et 40° ; un pouls en rapport avec cette température entre 100 et 130 pulsations à la minute ; et l'examen montre qu'il y a eu avortement, partiel le plus souvent : une hémorragie plus ou moins abondante du côté de la vulve, au toucher un col entr'ouvert ou largement perméable dans lequel on sent souvent s'insinuer le placenta ou ses débris ; l'utérus est souvent très

mou, surtout si l'avortement date de quelques jours déjà, et cette mollesse spéciale doit attirer grandement l'attention, tant parce qu'elle est un signe défavorable que parce qu'elle indique avec quelle prudence on devra intervenir sur ces utérus qui semblent devoir se perforer au moindre attouchement.

A côté de ces cas où l'infection en est à l'étape utérine, on en voit d'autres, plus graves, où cette étape est franchie. L'évolution peut se faire sous les yeux du clinicien (que l'on soit ou non intervenu). Souvent d'ailleurs les femmes se présentent dès le début avec des symptômes que nous allons indiquer rapidement.

Le péritoine commence déjà à réagir, la femme se plaint de douleurs abdominales diffuses, il y a un léger degré de ballonnement du ventre et au toucher, souvent rendu difficile par la douleur, on sent cet utérus mollasse, avec son col entr'ouvert, avec des débris et une odeur fétide qui se dégage ; les culs-de-sac sont douloureux mais il n'y a pas d'empatement, l'utérus reste mobilisable. Ce n'est pas encore la pelvi-péritonite, ce n'est pas encore la péritonite généralisée, on pourrait dire plus exactement péritonite diffuse, légère *péritonisme*. La séreuse n'est qu'effleurée par l'infection et déjà se manifestent quelques vomissements, parfois porracés ; mais la température et le pouls suivent une marche parallèle et restent élevés.

Un pas de plus et la péritonite s'installe franchement : péritonite localisée, pelvi-péritonite avec utérus fixé, immobilisé ; péritonite généralisée avec son facies grippé, sa dyspnée, sa température peu élevée, son

pouls fréquent, ses vomissements ; le ventre est ballonné, il y a de la matité dans les flancs : c'est tout le tableau bien connu, quelle que soit l'origine utérine, appendiculaire ou autre de l'infection aiguë du péritoine.

Enfin, succédant aux accidents précédents, ou plus souvent peut-être d'emblée, l'infection se généralise sans s'attarder sur tel ou tel organe, elle les touche tous en même temps et c'est l'état général surtout qui est atteint : ce qui se manifeste par la température à 40° et plus, le pouls à 130-140, la dyspnée, la langue sèche, saburrale, le facies hébété, l'aspect typhique, et le diagnostic pourrait être difficile, si l'on n'avait la notion de l'avortement antérieur et les signes constatés par le toucher.

A côté de ces formes septicémiques ou infectieuses, contentons-nous de citer la forme pyohémique plus rare.

Nous pourrions répéter les mêmes descriptions pour les suites de couches ; mais ici l'on suit pas à pas la marche de l'infection que l'on redoute, déjà à l'avance parfois, parce qu'on avait été obligé à des interventions dans lesquelles il est souvent bien difficile d'éviter toute faute d'asepsie, ou bien parce que l'on avait constaté une délivrance incomplète et que l'on s'était volontairement abstenu d'intervenir dans l'espoir de voir l'expulsion spontanée de membranes ou même de cotylédons retenus.

C'est vers le troisième ou le quatrième jour des suites de couches que l'on voit alors les lochies se modifier ; au lieu d'avoir leur aspect rouge-brique habituel, leur fluidité

normale, et leur odeur un peu fade, elles commencent à devenir brunâtres et crémeuses et présentent une odeur plus ou moins fétide. De plus tandis que dans les suites de couches normales l'utérus revient sur lui-même et l'orifice interne se ferme rapidement, ici il semble que, la muqueuse étant malade, les fibres musculaires sous-jacentes soient comme paralysées, et l'on pénètre facilement dans la cavité utérine, fait important au point de vue du diagnostic et du traitement. La température s'élève vers 38°, la malade accuse de la céphalée, des douleurs abdominales, souvent un grand frisson ou de petits frissonnements, mais pas de symptômes vraiment graves ; pourtant c'est à ce moment que nous verrons *qu'il faut faire quelque chose* pour éviter de voir apparaître les accidents péritonéaux ou généraux que nous avons rapidement énumérés précédemment.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'infection puerpérale à ses divers degrés ne nous arrêtera pas longtemps.

Dans les cas d'avortement les anamnestiques y aideront ; l'interrogatoire bien conduit pourra permettre souvent de savoir s'il a été criminel et les signes du côté de l'utérus lèveront les doutes qui pourraient subsister.

Pour les suites de couches nous voulons noter quelques points importants pour le traitement, et qui éviteront souvent une intervention inutile sur l'utérus.

Avant de localiser l'infection à l'utérus on devra éliminer la stercorémie, et souvent une ou deux purgations feront cesser les accidents que l'on aurait eu tendance à mettre sur le compte de l'infection utérine.

On songera de même à la lymphangite des seins, qui, le plus souvent, s'annonce brusquement par un frisson et une élévation à 40°, puis une chute brusque à la normale. C'est la courbe en clocher bien connue. Pourtant elle peut être moins nette ; la température reste au-

tour de 38° pendant deux ou trois jours et l'on s'efforce, quelquefois à tort, de rechercher au niveau des seins la rougeur diffuse et les trainées lymphangitiques qui n'y existent pas, avant d'avouer que l'infection est bien utérine.

La galactophorite devra aussi être recherchée ; sa courbe de température ressemble fréquemment à celle de l'infection d'origine utérine ; mais ici l'expression (qui peut être en même temps un traitement de choix pour certains auteurs) lèvera les doutes, en montrant l'existence de pus que l'on fera sourdre par le mamelon.

On examinera le vagin, la vulve, le périnée, où l'on trouvera parfois de petites lésions suppuratives qui pourront, à elles seules, être la cause de l'élévation de température, et même être la première étape de l'infection.

On veillera également à l'écoulement régulier des lochies qui peut être gêné par une flexion ou une déviation utérine et leur rétention pourrait faire errer le diagnostic.

On recherchera encore, le long des troncs veineux des membres inférieurs, la possibilité d'une phlegmatia qui, en général, a une allure insidieuse assez spéciale.

Enfin il faut connaître les infections hépatiques ou rénales : cholécystites et pyélonéphrites dont le diagnostic est souvent malaisé, surtout parce que l'on n'y songe pas ; pourtant l'examen attentif des urines, la douleur localisée au rein ou à la vésicule feront rapporter à leur vraie cause l'élévation de la température

qui est presque toujours le premier signe qui attire l'attention. M. Jeannin a, d'ailleurs, tout récemment montré que ce diagnostic délicat l'est surtout à la phase présuppurative de la pyélonéphrite (1).

1. JEANNIN, *Progrès médical*, 25 janvier 1907.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Après avoir examiné les causes, les symptômes et le diagnostic de l'infection puerpérale, nous abordons le principal de notre sujet : le traitement.

Disons tout de suite que nous insisterons sur le traitement prophylactique surtout efficace et que nous étudierons le traitement de l'infection généralisée en étant portée à croire que, si l'on a pu dépister dès le début l'infection puerpérale, on pourra presque toujours éviter les accidents graves, et la multiplicité des traitements proposés montre combien nous sommes encore mal armés pour les combattre, mais il est important de les connaître tous, pour ne rien négliger qui puisse sauver ces malades.

A. — Traitement local.

Budin a exposé à l'Académie de médecine en 1901 le traitement auquel il a eu recours depuis 1892 contre

l'infection puerpérale. Il insiste sur ce fait que le point de départ de l'infection étant utérin *il faut agir au plus tôt* pour éviter la généralisation et il classe de la façon suivante les différents cas qui peuvent se présenter :

1° Si le cas est léger et qu'il y a seulement rétention de caillots, fétides ou non, il faut les enlever et une injection utérine peut y suffire.

2° S'il y a infection de la muqueuse, surtout au niveau de la plaie placentaire (caduque inter-utéro placentaire) on fera *au plus tôt* le curage digital et l'écouvillonnage.

3° Quand l'infection date de plusieurs jours le traitement précédent est moins efficace car il y a déjà pénétration de germes ou de toxines dans l'économie.

4° Ces interventions pourront échouer et le traitement général primera le traitement local, sans pourtant le suppléer complètement.

Et en notant combien les résultats deviennent de plus en plus douteux à mesure que l'on s'éloigne du début de l'infection, Budin arrive à préconiser le *nettoyage prophylactique* dès que l'on a de sérieuses raisons de craindre des complications infectieuses (rupture prématurée des membranes, fétidité de l'œuf, rétention de débris, etc.).

A l'appui de ces pratiques, Budin montre que dans l'année scolaire 1900-1901 à la clinique Tarnier il n'a pas eu un seul décès par infection sur 1.137 accouchements ou avortements.

Cette classification de Budin va nous permettre d'exposer rapidement les différents procédés mis en œuvre

pour le traitement local de l'infection puerpérale.

INJECTIONS INTRA-UTÉRINES. — La première des interventions consiste à faire une injection intra-utérine, le col étant perméable la chose est facile ; quant aux liquides qu'on devra employer, il serait long de les citer tous. On a tendance pourtant à éviter les caustiques puissants et même le sublimé en raison des accidents qui ont pu résulter de son emploi. On préfère habituellement le permanganate et l'eau oxygénée, et certains auteurs préconisent la solution iodée. Sous l'inspiration de son maître M. Bonnaire, Aumond (1) a étudié l'iode comme topique utérin parfait ; ce médicament aurait l'avantage de faire sur les parois utérines un appel leucocytaire énergique, ce qui le rend doublement antiseptique. On se servira de préférence de la solution aqueuse contenant :

Iode.	3 grammes
KI	6 —
Eau	1000 —

(liquide de Tarnier)

On peut aussi utiliser la teinture d'iode en attouchement avant de recourir à une autre intervention.

On a beaucoup écrit contre les injections intra-utérines : on les a trouvées soit insuffisantes, soit même dangereuses. Elles sont souvent, en effet, un traitement insuffisant et la température ne tombe pas toujours après une injection, mais, quand l'infection est légère, de nombreuses observations montrent que leur effet peut être favorable.

1. AUMOND. *Th. Paris*, 1904.

Sont-elles réellement dangereuses ? Avec des solutions appropriées et bien titrées, nous ne le pensons pas ; sans doute, on voit parfois des frissons succéder à cette intervention minime et l'on dit que la zone leucocytaire qui existe normalement au niveau de la portion profonde de la caduque, destinée à régénérer la muqueuse, se trouve détruite et que par le traumatisme on risque de généraliser l'infection.

Il semble que l'on ait un peu abusé de cette donnée anatomique que l'on oppose aux différents traitements locaux, aussi bien à l'injection qu'à l'écouvillonnage ou au curettage. En réalité les si nombreux résultats favorables de ces interventions autorisent pleinement leur prudente application.

Les injections intra-utérines ont été particulièrement prônées par Tarnier, qui conseillait d'y avoir recours dès la première élévation de température à 38° dans les suites de couches (1).

On ne conseille pas pourtant en général de trop répéter ces injections : si après une ou deux tentatives la température ne tombe pas, il faut faire plus.

CURAGE DIGITAL. — Ici encore les avis sont partagés : curage, écouvillonnage ou curettage ? Le curage doit être surtout une exploration qui aboutit à l'extraction de débris plus ou moins volumineux et suivi d'une simple injection ou mieux d'un écouvillonnage ou d'un attouchement (à l'iode, à la glycérine créosotée, etc.), il donne des résultats très satisfaisants.

1. *Bulletin médical*, 1895, p. 87.

Contre le curage digital on a dit qu'il est difficile et souvent impossible d'explorer parfaitement la cavité utérine, surtout dans les suites de couches où l'utérus reste volumineux ; pourtant on y arrive assez facilement d'habitude, mais il faut presque nécessairement endormir la malade (ce qui est un inconvénient, mais bien minime !). Alors, après avoir introduit la main dans le vagin, un doigt, souvent deux, arrivent aisément à toucher les différents recoins de la cavité utérine que la main abdominale amène en quelque sorte sur les doigts explorateurs ; c'est ainsi une bonne opération. Car, nous ne croyons pas qu'il soit indifférent, comme le pensent certains auteurs, d'avoir, ou non, totalement nettoyé l'utérus.

M. Demelin (1) recommande pour ce curage digital de se servir du gant de caoutchouc, qui aura le double avantage de protéger l'opérateur et d'être moins brutal. Après l'évacuation de l'utérus l'auteur préfère l'attouchement iodé ou le sérum de Raymond Petit au curettage ou à l'écouvillonnage.

On a reproché au gant de caoutchouc d'émousser la sensibilité et d'être trop glissant pour assurer un nettoyage parfait.

Par contre, il semble que la *curette digitale* soit un procédé souvent un peu violent ; que l'on se serve des modèles de Chavanne ou de Valency munis d'un seul anneau ou de la curette de Faix (1), et qui a un double anneau, on risque peut-être d'avoir trop de force

1. *Société d'obstétrique de Paris*, 19 avril 1906.

2. *Société d'obstétrique de Paris*, 19 avril 1906.

pour le curage et d'entamer le muscle utérin quoique le voisinage du doigt permette en quelque sorte de suivre pas à pas le travail effectué à l'intérieur de la cavité utérine.

ÉCOUVILLONNAGE. — Nous voulons maintenant parler de l'écouvillonnage que nous avons vu si souvent employer pendant notre stage à la clinique Tarnier dans le service du regretté professeur Budin. Les faits si nombreux que nous avons pu voir avec des résultats favorables sont pour nous la meilleure preuve de l'efficacité de ce procédé. On lui a reproché d'être un petit moyen, d'être insuffisant souvent, parfois dangereux par l'aspect agressif de cet instrument. Pourtant c'est l'écouvillon en côtes de plumes que nous avons vu utiliser de préférence à l'écouvillon de crin de Doléris. L'écouvillon paraît avoir de nombreux avantages : il parfait le nettoyage de la cavité utérine et les membranes, en particulier, viennent s'y enrouler bien mieux qu'autour de tout autre instrument ; de plus il permet l'attouchement presque complet de la muqueuse avec le topique dont on l'imprègne, bien plus il semble qu'il stimule cette muqueuse et favorise même la réaction leucocytaire que l'on craint tant de détruire. Le frisson même qui suit parfois l'intervention est-il toujours la preuve que l'on a disséminé les germes, que l'on a fait un réensemencement comme on dit ? Alors comment se fait-il que si souvent la température, après s'être élevée brusquement à 40° et même plus, tombe aussi brusquement à 37° dès le lendemain pour s'y maintenir définitivement.

L'hémorragie que l'on voit parfois après l'écouvillonnage n'est presque jamais sérieuse, et l'on a toujours la ressource de faire le tamponnement utérin : sans doute, au premier abord, on pense que c'est un mauvais moyen puisque on s'oppose ainsi au drainage d'une cavité septique ; mais nous avons pu voir à maintes reprises qu'il n'amène pas de complications et quand on l'enlève après dix à douze heures la température tombe.

CURETTAGE. — Quant au curetage nous croyons qu'il doit se placer parallèlement à l'écouvillonnage et ne le remplacer qu'accessoirement dans les cas où des débris seraient difficilement détachés par les doigts ou l'écouvillon.

Il semble d'ailleurs plus dangereux et les risques de perforations seraient plus grands. Mais on doit toujours supposer que la curette est tenue par une main experte et que l'on a eu toujours soin de placer une main sur le fond de l'utérus pour savoir à tout moment où se trouve l'extrémité de l'instrument ; le danger existerait surtout dans les vastes utérus infectés après un accouchement et dans ces cas on utilisera de préférence la curette-géante ou la pince-mouchette de Bonnaire et en définitive nous serions portée à considérer le curetage comme une opération plutôt gynécologique qu'obstétricale et plus applicable dans les infections *post abortum* que *post partum*.

En résumé tous ces traitements locaux peuvent donner d'excellents résultats, mais il faut les employer au plus tôt, dès le début de l'infection, dès la première

élévation de température et même avant, dès que l'on aura des raisons de craindre l'infection par suite d'une rupture prématurée de la poche des eaux, du défaut d'antisepsie avant l'accouchement, de la rétention des membranes, etc. C'est sur ce *nettoyage prophylactique* qu'insistait Budin, bien persuadé que, l'écouvillonnage étant une opération minime, dans les cas où il aurait pu être à la rigueur jugé inutile, il n'était jamais nuisible.

L'indication de ce traitement préventif est encore plus formelle dans les avortements criminels reconnus ou soupçonnés, et M. Maygrier a tout particulièrement attiré l'attention sur ce point et il dit : « En agissant si on le peut avant même l'éclosion de toute manifestation infectieuse on donnera à la femme de plus grandes chances de salut : c'est une considération sur laquelle on ne saurait trop insister (1). »

B. — Traitement général.

LES SÉRUMS. — Malheureusement le traitement local est souvent insuffisant surtout parce que l'on arrive trop tard ; les germes ont dépassé cette fameuse barrière leucocytaire, ils se sont répandus dans le muscle utérin, vers le péritoine, dans l'organisme tout entier, et alors il n'est plus indifférent d'agir localement, bien plus ce peut être dangereux.

1. *Annales de la Société obstétricale de France*, 1902.

Il est pourtant un traitement local qui semble agir en même temps sur l'état général : nous voulons parler du *sérum leucogène ou leucocygène de Raymond Petit*. Ce sérum, qui est employé en pansement, est du sérum de cheval normal, recueilli aseptiquement et chauffé à 56° centigrade pendant deux heures, trois jours consécutivement.

L'auteur a été amené à l'utiliser après des recherches expérimentales qui lui ont montré que c'est la substance qui produit la meilleure polynucléose. Plusieurs résultats heureux furent obtenus dans les infections en chirurgie abdominale, puis dans un cas de phlegmon puerpéral grave du ligament large (1). Ce sérum était simplement versé dans la cavité péritonéale et on pouvait répéter la même opération à travers le drain dans les jours suivants.

Il était tout naturel de songer à l'utiliser dans des infections puerpérales. MM. Raymond Petit, Barlerin et Démelin sont venus apporter à la Société d'obstétrique de Paris (2), dix-sept observations qui permettent d'espérer des succès.

On se sert du sérum liquide et du sérum sec « obtenu sous forme de poudre grossière par la dessiccation aseptique dans le vide à la température de 30° centigrade environ ».

Ce traitement ne doit pas dispenser du nettoyage de la cavité utérine par les procédés dont nous avons parlé

1. *Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*.

2. 15 février 1906.

précédemment, mais après avoir asséché l'intérieur de l'utérus on y introduit une sorte de sachet contenant du sérum sec et on complète par un tamponnement peu serré avec de la gaze imbibée de sérum liquide. On laisse ce pansement vingt-quatre heures et on peut le renouveler les jours suivants ; les mèches retirées sont imprégnées d'une sérosité gluante où l'on trouve de nombreux leucocytes polynucléaires et beaucoup de microbes englobés dans les leucocytes. Dans les dix-sept observations présentées il n'y a pas eu de décès, et la température est redescendue plus ou moins rapidement à la normale, et, quand elle s'est élevée secondairement, un nouveau pansement l'a fait redescendre.

En dehors de l'effet local les auteurs indiquent que le sérum a une action sur l'état général et ils signalent, en particulier, une accentuation de l'appétit, qui est certes un signe précieux, car, comme nous le verrons plus loin, il est utile d'alimenter ces malades.

D'ailleurs ce sérum peut également être employé en injections sous-cutanées de 10 à 20 centimètres cubes chaque, pendant deux ou trois jours et produire une leucocytose très élevée et très rapide : c'est ainsi que dit l'avoir employé Turenne (de Montévideo) avec des succès nombreux (1).

Voilà donc un sérum, qui, sans être spécifique, est capable d'aider à la réaction de l'organisme contre l'infection et, en réalité, il ne saurait y avoir de sérum spécifique. Chacun sait que les microbes sont nombreux,

1. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, août 1907.

qui peuvent causer l'infection puerpérale et M. Jeannin les a bien étudiés dans sa thèse (1). Aussi les résultats obtenus par *le sérum antistreptococcique de Marmorek* sont-ils très discutés et actuellement même il n'est que rarement utilisé.

L'expérimentation date de 1895 et Marmorek pensait que dans les cas où le streptocoque est seul l'injection pouvait donner une immunité absolue. Mais où l'auteur semble aller trop loin c'est quand il dit : « Nous tenons pour nuisible toute intervention utérine telle que lavage, curettage, qui sont trop souvent l'occasion des nouvelles inoculations (2). »

Au lieu de ce sérum obtenu par inoculation de cultures virulentes, Charrin et Roger ont proposé un sérum résultant d'injections intraveineuses de cultures stérilisées. Ce *sérum de Roger* lui aurait donné des résultats encourageants, il aurait du moins l'avantage de ne pas empêcher l'usage des autres moyens thérapeutiques locaux. En somme ces sérums semblent expérimentalement avoir une action surtout immunisante mais leur action cliniquement curative reste douteuse ainsi qu'il ressort des observations de MM. Bar et Tissier (3).

MM. Pinard et Wallich insistent surtout sur la nécessité du traitement local, qui ne doit pas céder le pas au traitement par les sérums, que l'on peut cependant essayer puisqu'ils sont inoffensifs (4).

1. *Thèse de Paris*, 1902.

2. *Annales de l'Institut Pasteur*, juillet 1895.

3. *L'Obstétrique*, 15 mars-15 mai 1896.

4. *Traitement de l'infection puerpérale*. Paris, 1896.

Nous n'aurons pas à nous étendre longuement sur le *sérum artificiel* (eau salée simple ou sérum de Hayem), son usage s'est heureusement répandu ; mais il est vrai de dire que c'est surtout un précieux adjuvant, mais qu'à lui seul, il est presque toujours insuffisant. On peut l'injecter à doses faibles (150-200 cc.) ; il agirait alors comme stimulant, comme tonique. Dans les cas très graves on a essayé des doses massives allant jusqu'à 1 ou plusieurs litres en injection intraveineuse : c'est le *lavage du sang*, qui doit « aider à l'élimination des toxines et à favoriser la leucocytose ». (1) Pourtant c'est là un traitement d'urgence dans le cas presque désespérés.

Il semble que nous ayons actuellement un meilleur traitement dans les ferments métalliques, le collargol en particulier.

LE COLLARGOL. — Le collargol ou argent colloïdal a été proposé en 1898 par Crédé pour combattre l'infection en général ; Netter l'a ensuite fait connaître en l'appliquant surtout aux maladies infectieuses de l'enfant et en particulier au traitement de la pneumonie et des broncho-pneumonies (2). Après avoir été utilisé en Allemagne pour les infections puerpérales, son usage s'est répandu en France à la suite des observations d'Audebert (de Toulouse) (3), puis de Bonnaire (4) et de son élève Legrand (5).

1. MOURETTE. Essai sur le lavage du sang. *Thèse de Paris*, 1896.

2. NETTER. *Bulletin de la Société médicale*, 18 décembre 1902.

3. *Société obstétricale de France*, avril 1904.

4. De l'action de collargol dans l'infection puerpérale in *Presse Médicale*, 21 novembre 1906.

5. Du collargol en obstétrique. *Thèse Paris*, 1904.

On peut s'en servir de différentes façons, soit par la voie gastrique, soit par les frictions (Pommade de Crédé), soit en pansement utérin local ; mais les résultats les plus favorables sont obtenus par l'administration directe en injection intraveineuse ; la technique en est simple, et, bien conduite, ne présente jamais d'inconvénients. Le titre de la solution doit être de 1 0 0 à 2 0 0 et on peut injecter de 5 à 10 centimètres cubes. Mais il faut savoir poser son indication : ni trop tôt, ni trop tard. On essayera d'abord le traitement local (curage et écouvillonnage) et, si la température reste élevée, on fera une injection de collargol, plutôt que de recommencer le traitement local, car, à ce moment, on peut penser que l'infection a dépassé l'utérus. Il ne faut pas attendre trop, car la malade étant *in extremis* le résultat risquerait d'être au moins douteux. D'ailleurs l'injection étant inoffensive on pourrait sans risque la faire dès le début chez des femmes, que l'on considérera comme sérieusement infectées, et le traitement local gardera encore toute sa valeur. Après l'injection, il est fréquent de voir se produire un grand frisson, avec élévation de la température 40° et plus, mais on ne doit pas s'en effrayer ; au contraire cette réaction semble de bon augure et son absence doit faire craindre une issue fatale.

Audebert a rapporté 3 observations, où il obtint 1 succès, 1 amélioration et 1 insuccès, après avoir injecté 10 centimètres cubes de collargol intraveineux. Porack, à la même époque, avait déjà utilisé le même médicament, mais seulement à la dose de 2 centimètres cubes, jugée

actuellement très insuffisante. Bonnaire a largement contribué à en répandre la pratique : ses premières observations ont été publiées dans la thèse de Legrand et dans l'ensemble de 40 observations il a eu 70 0/0 de guérisons, après une ou plusieurs injections de collargol. Depuis, l'application s'en est répandue et les résultats semblent en faveur de ce médicament.

On a remplacé parfois le collargol par l'électrargol à grains extrêmement ténus (visibles seulement à l'ultramicroscope) et qui donne des résultats comparables à ceux obtenus par le collargol.

La façon dont agit le collargol est d'ailleurs discutée. *In vitro* c'est un antiseptique et Crédé pense que c'est là son action dans l'organisme. Pour Netter il agit à la façon de ferments. Actuellement on est porté à croire que c'est en provoquant une hyperleucocytose de défense qu'il est surtout favorable dans les infections.

LES ABCÈS DE FIXATION. — C'est peut-être d'une façon analogue que peuvent agir les abcès de fixation de Fochier. On les provoque en injectant dans le tissu cellulaire de la paroi de l'abdomen 1 centimètre cube d'essence de térébenthine et dans les jours qui suivent on voit se produire un abcès, dont le pus est aseptique parfois et plus souvent contient les microbes que l'on avait trouvés au niveau de l'utérus.

Cette double constatation permet de croire que l'abcès est véritablement « fixateur », c'est-à-dire qu'il draine en quelque sorte les microbes au point où il a été créé. Telle semble être l'opinion de Carles qui a

étudié les abcès de fixation dans les maladies infectieuses (1).

Il faut attendre assez longtemps avant d'ouvrir l'abcès qui se forme afin qu'il produise tout son effet et dans de nombreux cas on obtient des résultats presque inespérés. On peut d'ailleurs faire plusieurs abcès et M. Vincent (de Lyon) rapporte une observation où l'on fit trente piqûres (2). Il y a donc là encore une méthode à laquelle on pourra recourir et qui réussira parfois alors que tous les autres essais thérapeutiques auront pu échouer. Ces faits ont été constatés par Chéron dans trois cas de guérison par abcès de fixation, après échec du curage, de l'écouvillonnage et même des bains froids (3) ; dans ces trois cas les abcès apparurent les onzième, treizième et vingt-neuvième jours ; dans trois autres cas la suppuration ne se produisit pas et la mort survint. Ces observations malheureuses ne sont pas d'ailleurs isolées et c'est ce qui a fait penser à certains auteurs que cette méthode a surtout une valeur pronostique ; néanmoins elle ne doit pas être abandonnée puisqu'on lui doit des succès très nets.

LA BALNÉATION. — Il nous reste à étudier une méthode qui doit provoquer une réaction générale et abaisser en quelque sorte mécaniquement la température : c'est l'eau froide employée sous forme de bains ou d'enveloppements. Cette médication, qui a donné de si bons

1. *Thèse Paris*, 1903.

2. *Société de chirurgie de Lyon*, 7 déc. 1905.

3. *Société obstétricale de France*, 1902.

résultats dans la fièvre typhoïde, a été appliquée, pour la première fois, par Playfair en 1877, à la septicémie puerpérale ; on se servit alors d'enveloppement avec un drap trempé dans *l'eau glacée* et on prolongea le traitement pendant onze jours avec un plein succès. Gaillard Thomas (1883) préconisa également la réfrigération, en se servant d'un dispositif un peu spécial ; puis Tauszky conseilla la lotion avec une éponge, l'emballage qui n'est autre qu'un enveloppement, enfin il en arriva au bain avec affusions froides. Chabert (1) étudia ensuite cette action sous l'inspiration de Vincent (de Lyon). Enfin Macé en a fait une étude complète dans le service de M. Maygrier à la Pitié en 1894 (2) et il conseille de donner des bains dès que la température vient à 38° 5 et de prendre de l'eau à 25° environ. On maintient la malade au bain aussi longtemps qu'elle s'y sent bien et il est assez difficile de préciser la durée, qui varie selon la manière dont la malade réagit. Actuellement on tend plutôt à donner le bain à partir de 39° et la température de l'eau doit être un peu plus élevée au début (30 à 35°), quitte, d'ailleurs, à refroidir progressivement à 25° et même 20°.

Les contre-indications sont les mêmes que dans la fièvre typhoïde, en particulier la myocardite avec tendance syncopale, et de plus ici, la péritonite et la phlegmatia. Dans certains cas on préférera les enveloppements froids qui sont d'une application plus facile et

1. CHABERT. Th. de Lyon, 1884.

2. *Archives de tocologie et de gynécologie*, déc. 1894.

Tarnier déjà avait tendance à les préférer aux bains (1).

L'HYGIÈNE GÉNÉRALE. — A ces traitements quels qu'ils soient, doit s'ajouter toujours une hygiène générale qui a la plus grande importance. Et d'abord il faut, autant que possible, alimenter la malade; le lait sera naturellement la base de cette alimentation; il n'y aura le plus souvent pas d'inconvénients à y ajouter des légumes en purée, des œufs, voire même de la viande crue. On donnera également de l'alcool sous forme de Todd, de grogs froids ou chauds, du champagne. On surveillera le bon fonctionnement de l'intestin et un purgatif léger sera indiqué, quand le péritoine ne sera pas en cause; on favorisera la diurèse par d'abondantes boissons et là encore le bain pourra être un bon adjuvant.

C. — Traitement chirurgical.

Nous voulons en terminant dire quelques mots du traitement chirurgical dont l'application a été si souvent discutée. Sans doute il y a des indications absolues d'ouvrir des abcès dans certains cas de pyohémie, dans les pelvipéritonites où l'on a pu diagnostiquer un abcès fluctuant nettement collecté dans le ligament large; mais faut-il aller faire l'hystérectomie, sous prétexte d'enlever le centre de pullulation microbienne. De nombreuses discussions ont eu lieu et les résultats des statistiques sont si variables qu'il est très difficile de se

1. *Bulletin médical*, 1895, p. 87.

prononcer ; et sauf des cas très nets on s'abstiendra, car il semble que le plus souvent on se décide à cette grave opération quand il est trop tard et le shock emporte la malade déjà gravement atteinte. La laparotomie, même quand il y a nettement du liquide dans la cavité abdominale, ne donne pas de résultats assez concluants, pour qu'on puisse y recourir systématiquement et dans nombre de cas l'expectative a pu donner des succès presque inespérés. En réalité, il faudrait arriver à préciser les indications de l'intervention. M. Potocki a essayé de le faire en se basant sur les modifications globulaires du sang. Il distingue les cas légers avec une leucocytose variant de 8.000 à 15.000 sans qu'il y ait plus de 80 à 85 0/0 de polynucléaires, ni moins de 10/0 d'éosinophiles, et alors on peut se contenter de traitement local : tel que curage, injections utérines ; dans les cas graves où la leucocytose s'élève à 25.000 et plus, où les polynucléaires sont au nombre de 95 0/0 et où les éosinophiles sont rares ou absents, on devrait recourir à la laparotomie suivie ou non d'hystérectomie. Mais l'auteur ajoute que ces règles ne sauraient être absolues et que de nouvelles recherches sont encore nécessaires.

1. *Congrès international d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie.* Rouen, avril 1904.

OBSERVATIONS

Dans les observations qui vont suivre nous avons cherché à réunir quelques cas typiques en faveur des différents traitements dont nous parlons dans notre thèse.

¶ Nous présenterons surtout comme observations personnelles quelques résultats constatés à la clinique Tarnier durant notre stage. Ainsi que nous l'avons fait prévoir ils porteront surtout sur les injections utérines, le curage, l'écouvillonnage faits précocement ; les succès presque constants de cette méthode ont fait que le traitement général a été rarement appliqué devant nous et nous avons dû reproduire à l'appui de ce traitement des observations déjà parues ou recueillies dans d'autres services, en particulier à la clinique Tarnier, grâce à l'obligeance de M. le D^r Cathala, chef de clinique, et dans le service de M. le professeur agrégé Maygrier, grâce à l'obligeance de M. Metzger, interne des hôpitaux.

1^o Des injections utérines.

Elles peuvent à elles seules être parfois suffisantes :

Obs. I. — La nommée M..., 21 ans, ménagère, I pare, entre le 11 août à 8 heures du matin.

Elle a été réglée pour la première fois à 14 ans et régulièrement depuis. Ses dernières règles datent du 6 au 9 novembre.

Les premières douleurs sont apparues à 2 heures du matin, et se rapprochent depuis.

A l'arrivée on constate une présentation du sommet en OIGA, la hauteur de l'utérus correspond à 8 mois 1/2 environ. La tête est engagée, le col effacé a une dilatation de 4 centimètres environ. *Les membranes sont rompues* depuis plusieurs heures.

La température est de 37°4. L'évolution du travail se fait normalement et la femme accouche à 9 h. 45 d'un enfant du sexe féminin, pesant 2.525 grammes.

Il y a une petite éraillure de la face interne de la lèvre droite.

Délivrance normale et complète une demi-heure après.

Le soir, la température est à 37°8.

On s'abstient de toute intervention, le lendemain matin, 37°. Mais le soir la température monte à 38°8. On fait une injection intra-utérine au permanganate ; à partir du troisième jour, la température reste normale.

Obs. II. — La nommée G..., journalière, 21 ans, I pare entre le 17 août à 1 heure du matin, ayant des douleurs depuis la veille à 7 heures du soir. Réglée pour la première fois à l'âge de 12 ans, elle a eu ses dernières règles du 18 au 22 novembre.

A l'arrivée on constate une présentation en OIGP, le sommet s'engage, le col effacé a une dilatation de 2 centimètres. *Les membranes sont rompues* depuis la veille à 10 heures du soir. L'évolution du travail se fait lentement et la femme accou-

che d'un garçon pesant 3120 grammes le 18 août à 7 h. 50. Au moment de l'expulsion il se dégage une odeur fétide qui imprègne ensuite le placenta.

La délivrance est d'ailleurs normale et complète. Il y a donc eu ici *lenteur du travail et rupture prématurée des membranes*, ayant amené la fétidité de l'œuf. La température est d'ailleurs normale, mais dès le troisième jour les lochies deviennent crémeuses et fétides ; le quatrième jour, au soir, la température monte à 38°2. On fait une injection intra-utérine au permanganate et les suites de couches se font normalement.

Obs. III. — La nommée C..., 25 ans, couturière, II pare, entre le 27 septembre à 7 h. 30 du soir, disant avoir de légères douleurs et « avoir perdu de l'eau » à 6 heures du soir.

Réglée à 12 ans ; D. R. fin novembre.

A son entrée le col est perméable, mais non effacé. Présentation en OIDP, sommet engagé.

La femme a eu un accouchement normal à terme il y a un an.

Elle entre franchement en travail vers minuit et accouche à 9 h. 45 du matin d'une fille pesant 2.870 grammes. Délivrance normale et complète.

A l'arrivée la malade avait 40°2 de température, puis cette température baisse après l'accouchement à 37°8 et reste à la normale pendant vingt-quatre heures. Mais les lochies sont fétides et le troisième jour la malade fait 38°5. Le soir, on administre une injection intra-utérine, et le lendemain matin la température est à 37°2, mais remonte le soir à 38° pour descendre en deux jours à la normale sans nouvelle intervention.

Dans ces observations, la température est tombée

rapidement à la normale. En voici d'autres où l'on a fait plusieurs lavages avant d'obtenir ce résultat :

Obs IV. — La nommée Y..., 31 ans, domestique, II pare, entre le 28 mai à 2 heures du soir, ayant des douleurs depuis 4 heures du matin. D. R. : 23-28 août.

Elle a eu une première grossesse en 1904 qui s'est terminée par la naissance d'un enfant vivant pesant 3.500 grammes (?) et extrait par version (?)

A l'arrivée, grossesse à terme. OIGA. Col en voie d'effacement. Sommet élevé. Bassin rétréci. P.S.P : 10,9 ; faux promontoire sacré : 10, 2.

L'accouchement se fait pourtant spontanément par engagement brusque de la tête à la dilatation complète. Enfant vivant de 3.850 grammes. Délivrance naturelle et complète.

La température restée normale pendant deux jours s'élève le troisième jour au matin à 39°6, le soir 38°, le lendemain matin 38°2. On fait une injection intra-utérine à la première élévation de température, puis une seconde à l'iode le jour suivant : la fièvre descend alors et ne remonte plus.

Obs. V. — La nommée D..., 18 ans, lingère, II pare, entre le 13 juillet à 2 heures du matin ayant des douleurs depuis la veille à 6 heures du soir. D. R. : 2-8 octobre.

Elle a eu une première grossesse l'année précédente. Accouchement normal à terme.

Actuellement grossesse à terme d'après les règles. Sommet en OIGA.

Accouchement normal. La température s'élève dès le second jour à 38°8 le matin, 40°4 le soir. On fait une injection utérine

au permanganate ; le lendemain matin, 38°, le soir, 38°6. On fait une nouvelle injection utérine au permanganate ; le quatrième jour au matin la température est de 37°2, mais remonte le soir à 38°2. On fait une troisième injection utérine, à l'iode cette fois, et la température revient et reste à la normale.

Obs. VI. — La nommée V..., âgée de 29 ans, ménagère, IV pare, trois grossesses terminées spontanément à terme. D. R. : 5-10 avril, grossesse normale.

Le 13 janvier premières douleurs. Entre à l'hôpital le 14 janvier, minuit 30. Dilatation complète. Rupture spontanée des membranes. Accouche d'un enfant vivant de 3.550 grammes, 1 h. 30. Délivrance naturelle, *membranes incomplètes*, hémorragie : 400 grammes de caillots. Injection utérine à l'eau bouillie.

La température oscille entre 37° et 37°8 ; le pouls entre 100 et 112. Le 18 janvier la malade est montée à l'isolement.

Utérus gros, mou, col ouvert : infection utérine légère. On fait une première injection utérine iodée. Le 19 janvier, température 37°5, pouls à 108. Deuxième injection utérine (Liquueur de Labarraque) ; le 20 température 37°4, pouls, 112. Troisième injection utérine (Labarraque). La température descend et le pouls est à 88. La malade est remise le 28 janvier dans le service aseptique.

Ces observations montrent que l'on peut obtenir de bons résultats avec les injections utérines, répétées au besoin, mais le plus souvent elles ne valent pas *l'écouvillonnage*.

Dans la majorité des cas, on voit après cette inter-

vention la température tomber brusquement ou tout au moins d'une façon continue.

Obs. VII. — B..., 35 ans, ménagère, III pare, entre le 31 août 1907 à 8 h. 1/2 du soir, perdant du sang depuis le matin.

Elle a eu deux accouchements normaux à terme en 1902 et 1904.

A l'arrivée, la température est à 38°6. Peu après l'arrivée, expulsion en un temps d'un œuf de deux mois environ.

Curage. Écouvillonnage.

La température tombe à 37°.

Obs. VIII. — B..., 24 ans, couturière, II pare; entre le 10 septembre 1907 à 8 h. 1/2 du soir, perdant du sang depuis le 15 août.

Elle a eu un accouchement normal à terme en 1906.

A l'arrivée, la température est de 39°5. Col long, perméable. Utérus de trois mois environ.

Le 11 septembre, à 5 heures du matin, expulsion d'un œuf complet.

Curage. Écouvillonnage.

La température tombe.

Obs. IX. — R..., 40 ans, ménagère, II pare, entre le 4 octobre 1907 à 7 h. 45 du matin, venant de faire en médecine le premier temps d'un avortement de deux mois et demi environ.

Elle a eu un accouchement normal à terme en 1899.

A l'arrivée, la température est de 39°2. Placenta non décollé.

Extraction de la masse. Curage, écouvillonnage.

La température tombe.

Obs. X. — R..., 33 ans, domestique, III pare, entre le 7 octobre à 7 heures du soir, perdant du sang depuis la veille à 6 heures du matin.

Avortement en deux temps. Fœtus de trois mois et demi environ. Traitement habituel. Chute continue de la température qui était à 39°8 à l'arrivée.

(Deux accouchements normaux à terme en 1894-1905.)

Parfois la chute se fait en lysis, mais les résultats sont également favorables.

Obs. XI. — S..., 37 ans, ménagère, IX pare; entre le 4 septembre à 4 heures du soir, perdant du sang et souffrant depuis la veille au soir; à ce moment un toucher imprudent a rompu la poche des eaux.

Huit grossesses précédentes normales.

A l'arrivée, dilatation large du col perméable, et extraction d'un fœtus et placenta fétides. Température, 38°4. Écouvillonnage. Température à 39°2, puis descente à 38°2, et nouvelle ascension à 38°8. Enfin descente continue à partir de 37°6.

Obs. XII. — B..., 25 ans, III pare, femme de ménage; entre le 1^{er} juillet 1907 à 6 heures du matin dans un état grave.

A eu un accouchement normal à terme en 1902; a fait ensuite un avortement de deux mois et demi en 1905. D. R., 9-12 avril.

A perdu du sang du 15 au 30 juin et souffre depuis hier soir

à 8 heures. Elle dit avoir eu deux grands frissons le 29 juin puis le 30 au matin.

A l'arrivée, la température est à 38°4, le pouls à 100. Utérus en antéverson, avec un segment inférieur en toupie; le col est perméable.

On fait 400 grammes de sérum, de l'éther, caféine, puis, sans anesthésie, l'extraction de l'œuf (deux mois et demi environ) à 11 h. 1/2 du matin, curage, écouvillonnage.

Le soir la température est 37°8, mais elle remonte le lendemain à 38°2, puis redescend progressivement.

Obs. XIII. — B..., 21 ans, modiste, III pare; entre le 26 mai 1907 à 10 h. 15 du soir, ayant expulsé le matin à 6 heures un embryon de trois mois environ. Une sage-femme a, en ville, extrait incomplètement le placenta. Précédemment la malade a fait deux accouchements à terme 1905-1906.

A l'arrivée, température à 37°8, pouls à 120. Curage digital, qui ramène de gros débris. *Lavage utérin, sérum, caféine.* Le soir, la température est à 38°1, le lendemain matin à 38°. On fait l'écouvillonnage. La température tombe en quelques jours.

Parfois, enfin, un frisson se produit aussitôt ou dans les heures qui suivent l'intervention, ce qui n'aggrave pas le pronostic.

Obs. XIV. — P..., 34 ans, couturière, VII pare; entre le 27 août à 9 heures du soir, perdant du sang depuis trois semaines et surtout depuis la veille.

D. R., 29 juin-2 juillet.

Précédemment, quatre accouchements normaux à terme en 1895, 1897, 1899, 1903.

Deux avortements de trois mois en 1896 et 1898.

A son arrivée, elle a le facies pâle, décoloré; ne perd que peu de sang; le col utérin est dilatable facilement et on sent quelque chose qui s'engage : c'est le placenta que l'on extrait.

La température s'élève à 40°7 le deuxième jour après un simple curage. On fait alors un écouvillonnage. La température tombe à 38° et peu à peu à la normale.

800 grammes de sérum en deux fois.

La malade a avoué depuis avoir fait une injection utérine à l'aide d'une canule à lavement en os.

Obs. XV. — A..., âgée de 25 ans, ménagère, II pare, première grossesse à terme spontanée.

D. R., de 3 à 5 avril. Grossesse normale. Entrée le 15 janvier. A 6 heures du matin premières douleurs, membranes rompues depuis minuit. A 8 h. 10, dilatation complète, à 8 h. 20 accouchement spontané en O P. Fille vivante, 2.600 grammes.

A 8 h. 50, délivrance naturelle, *membranes incomplètes*. Entre le 15 et le 18 janvier, la température oscille entre 37° et 37°8, le pouls entre 80 et 108. Le 18 janvier la température est à 38°2, le pouls à 116.

La malade monte à l'isolement. Utérus gros, douloureux, col perméable. A 10 heures du matin on fait un curage digital, qui ramène quelques débris. Écouvillonnage, injection utérine iodée, tamponnement à la gaze stérilisée. Le soir, température, 38°, pouls, 132. On retire le tamponnement utérin. Injection utérine iodée.

Le 19 janvier, température, 37°4, pouls, 116. Le 20, 22, 23, la

température oscille entre 37°4 et 37°8, le pouls entre 116 et 120, mais le 27 janvier la température monte à 39°, le pouls est à 108. On fait une injection utérine. Le soir la température est à 38°, pouls, 132.

Le 25 janvier, température à 37°8, pouls, 120 ; les écoulements cessent. Guérison.

Obs. XVI. — La nommée D..., 26 ans, ménagère, perdant du sang, et disant avoir fait en ville un avortement de sept mois environ, arrive à l'hôpital le 1^{er} octobre à 10 heures du soir.

La température est alors de 38°2. On examine l'utérus que l'on trouve béant et volumineux ; le lendemain matin, la température étant la même, on fait le curage digital qui ramène des débris de caduque, puis un écouvillonnage. A 4 heures du soir le malade a un grand frisson et sa température s'élève à 39°4. Le lendemain matin 39°, et le soir 39°8. On fait un grand lavage utérin à l'iode ; la température tombe ensuite en lysis pour arriver à la normale au septième jour sans autre intervention.

Obs. XVII. — La nommée A..., 25 ans, couturière II pare, entre le 5 septembre à 2 heures du matin, ayant des douleurs depuis plusieurs heures.

D. R. du 6 au 12 décembre. Elle a eu un accouchement normal à terme en décembre 1905.

A l'arrivée on constate, sommet engagé en OIGA. Dilatation complète. Membranes rompues depuis (?) Expulsion rapide (10 minutes). Garçon de 2.970 grammes. Délivrance normale et complète. La température, normale pendant trois jours, s'élève le troisième jour au soir à 37°8, puis le lendemain à 38°2. On fait l'écouvillonnage ; la température s'élève encore à 39°2, ce

qui oblige à une injection intra-utérine. Après quoi la température tombe à la normale.

Obs. XVIII. — La nommée V..., domestique, âgée de 19 ans, I pare. D. R., 28 janvier : grossesse normale. Entrée le 27 octobre à 11 h. 30 du soir. Dilatation complète, rupture artificielle des membranes, liquide amniotique normal. Tête en OIGA. A 11 h. 35 accouchement en O P (sans soins aseptiques préalables) d'une fille de 3.200 grammes. Périnée lésé : une serrefine. A minuit 25 délivrance naturelle, complète. Du 28 octobre au 1^{er} novembre la température reste normale ainsi que le pouls, mais le 1^{er} novembre au matin, la température est à 37°7, le pouls à 108. La malade monte à l'isolement.

A l'examen utérus gros et mou, au toucher on sent une masse formée par des caillots fibrineux adhérents à l'utérus. On fait un curage digital qui retire un caillot fibrineux de la grosseur d'un œuf de poule et quelques débris de caduque, légèrement odorants. Écouvillonnage, injection intra-utérine iodée, l'utérus est mou, légère hémorragie, tamponnement intra-utérin à la gaze stérilisée. La plaie périnéale infectée est curettée, touchée à la teinture d'iode et suturée par trois crins. A 5 heures soir température : 39°5, pouls : 136.

Détamponnement 2 novembre, température : 37°9, pouls : 128. Le 3 novembre, température : 36°8, pouls : 120. Le 4 novembre, température : 37°, pouls : 124. Le 5 novembre, température : 37°6, pouls : 106, lochies purulentes. Le 6 novembre, température : 39°, pouls : 132. A l'examen utérus antéfléchi ; col perméable, à gauche empatement au niveau des annexes. La femme dit avoir déjà souffert du côté gauche avant sa grossesse. A 10 heures curage digital et écouvillonnage par M. Bu-

din. Le curage ne ramène pas de débris, injection utérine iodée, tamponnement. A 6 heures détamponnement; pas d'odeur, température: $39^{\circ}4$, pouls: 124. Le 7 novembre, température: $37^{\circ}4$, pouls: 124, injection vaginale, la température baisse à $36^{\circ}8$, le 11 novembre; et à l'examen, utérus bien revenu sur lui-même. Au toucher on sent du côté gauche une masse dure, peu volumineuse accolée à la cavité pelvienne. Le 20 novembre la femme descend dans le service aseptique.

Obs. XIX. — La nommée D..., âgée de 22 ans, cuisinière, II pare, première grossesse à terme spontanément.

D.R.: 13-17 septembre; 12 décembre perte du sang et frisson: apparition des premières douleurs. Le 15 décembre entrée à la salle à 4 heures du soir. Expulsion d'un embryon de 15 grammes; à 10 heures du soir frisson, température: $38^{\circ}4$, pouls: 132. La femme est montée à l'isolement. A 2 heures du matin frisson; température: $40^{\circ}2$. Le 16 décembre, température: 37° , pouls: 132. A l'examen col entr'ouvert, on sent du placenta, le doigt ne peut pas passer par l'orifice utérin interne. A 11 heures, chloroforme, dilatation du col par les bougies de Hégar; le placenta est extrait. Curage, écouvillonnage, injection utérine iodée, tamponnement à la gaze stérilisée. A 5 heures du soir, détamponnement, injection utérine iodée, température: 37° , pouls: 112. Le 17 décembre, température: $36^{\circ}8$, pouls: 92. Les jours suivants, température normale. Le 30 décembre, la malade quitte le service.

Obs. XX. — La nommée D..., âgée de 23 ans, II pare, première grossesse spontanément à terme il y a six mois. Deuxième grossesse. La femme n'avait pas eu son retour de couches. Enceinte d'environ deux mois et demi. Le 3 janvier la malade

perd du sang et des caillots (provoc. probable). Les caillots n'ont pas été examinés. Le 4 janvier, à 2 heures du matin, la femme entre à la clinique Tarnier. La température est à 38°4, pouls: 120. Fétidité de l'écoulement. Utérus un peu gros, col mou et perméable, le doigt sent quelques débris au niveau de l'orifice interne. A 10 heures du matin, température: 37°8, pouls: 108. On fait un curage digital qui ramène des débris de caduque. Écouvillonnage et injection utérine iodée, tamponnement utérin à la gaze stérilisée. A 4 heures du soir frisson, température: 40°, pouls: 132. A 5 heures détamponnement, injection utérine iodée. Le 5 janvier la température est 37°2, pouls: 76. Les jours suivants la température ne dépasse pas 37° et le 10 janvier la malade quitte le service sur sa demande.

Obs. XXI. — La nommée P..., âgée de 33 ans, culottière. Multipare. Entre à la clinique Tarnier le 4 janvier à 7 heures du soir.

Première grossesse à 26 ans, accouchement par le forceps d'un enfant mort depuis quelques jours. Deuxième grossesse à 27 ans, accouchement au forceps d'un enfant qui succombe pendant l'extraction. Troisième grossesse à 29 ans, accouchement provoqué à huit mois par le professeur Budin pour cause de bassin rétréci, version par manœuvres internes, enfant vivant. Quatrième grossesse actuelle. D. R. du 26 au 29 juillet. La malade a eu pendant sa grossesse à plusieurs reprises des douleurs dans le bas-ventre et dans les reins. Pertes blanches abondantes. Le 1^{er} janvier la femme ressent quelques douleurs utérines qui se répètent les jours suivants. Le 3 janvier, *rupture prématurée des membranes*. Le 4 janvier, à 7 heures du soir, elle entre à la clinique avec de très faibles douleurs; le col a

toute sa longueur ; légère odeur de l'écoulement amniotique, température: 37°, pouls: 120. Pendant la nuit elle n'a pas de douleurs. Le 5 janvier, au matin, on l'a mise au dortoir des femmes enceintes ; le soir la température monte à 38°2, pouls: 120. La femme est montée à l'isolement. A l'examen on trouve le fond de l'utérus au niveau de l'ombilic, les battements du cœur fœtal sont bons ; le col utérin a été déchiré aux accouchements antérieurs mais ne présente aucun effacement, il s'écoule du liquide amniotique légèrement odorant. Le 6 janvier, température le matin 38°8, pouls: 124 ; liquide amniotique fétide, dilatation de 6 centimètres ; douleurs à peine ressenties par la femme ; à 11 heures dilatation complète. La femme n'éprouve plus aucune douleur et ne fait aucun effort ; on la fait pousser, elle expulse un fœtus de 550 grammes qui respire pendant cinq minutes. A 5 heures du soir, la délivrance n'est pas encore faite, le col commence à se refermer ; température : 39°7, pouls: 120. On fait sans chloroforme la *délivrance artificielle*, le placenta pèse 200 grammes ; il a une odeur fétide et est complètement découronné. On pratique le curage digital qui ramène des débris de membranes ; on termine par un écouvillonnage suivi d'injection utérine iodurée et d'un tamponnement à la gaze stérilisée. A 7 heures du soir, température 41° ; à 11 heures du soir on retire le tampon et on fait une injection utérine iodée. Le 7 janvier au matin, température: 36°, pouls: 100, bon état général, lochies sans odeur ; soir température: 36°6, pouls: 124, injection utérine iodée. Le 8 janvier, température: 37°6, pouls: 120, injection utérine à la liqueur de Labarraque. Les jours suivants la température est normale et la malade quitte le service le 15 janvier.

Les résultats sont encore plus démonstratifs quand on fait l'écouvillonnage après l'échec des injections utérines.

Obs. XXII. — La nommée L..., 21 ans, papetière, I pare, arrive à l'hôpital le 27 juillet à 10 heures du matin ayant des douleurs depuis quelques heures et ayant « perdu de l'eau » à 4 heures du matin le même jour. D. R. : 18-25 octobre. A l'examen grossesse de huit mois environ, sommet engagé en OIDP. Col effacé, dilatation de 1 centimètre. Accouchement et délivrance normaux le lendemain matin entre 6 et 7 heures.

La température qui était de 38°8 à l'arrivée était tombée après l'accouchement à 37° ; mais le soir elle s'élève à 38°2. On fait une injection utérine, le lendemain 36°8. Le troisième jour 38°4 ; on fait l'écouvillonnage, la température se maintient pendant deux jours et s'élève même au-dessus de 39°, mais descend ensuite définitivement, après deux injections utérines.

Obs. XXIII. — La nommée L..., âgée de 28 ans, domestique, I pare. D. R. : 18 avril, grossesse normale.

Le 27 janvier à midi premières douleurs, à 2 h. 20 entre à la salle. Dilatation complète. Rupture spontanée des membranes à 2 h. 30. Accouchement spontané en OP à 3 h. 10. Délivrance complète. Du 27 janvier au 31 la température reste normale, mais le 31 à 1 heure du matin frisson et température : 39°6. A 8 heures du matin : 39°4, pouls à 108 ; la femme est montée à l'isolement. Utérus gros, col perméable. On fait une injection utérine iodée, glace sur le ventre. A 5 heures du soir, température : 40°, pouls : 136 ; on fait une nouvelle injection utérine à la liqueur de Labarague. Le 1^{er} février au matin, température : 39°2, pouls : 108. On fait un

curage digital et écouvillonnage, injection utérine iodée, tamponnement. Le soir, température : 40°8, pouls : 132, détamponnement et injection utérine iodée. Le 2 février la température est à 39°4, puis elle descend progressivement et le 14 février la malade quitte le service.

Obs. XXIV. — La nommée D..., 23 ans, I pare, journalière. Entre le 20 juillet à 1 h. 45 du matin ayant des douleurs depuis la veille à 8 h. 1/2 du matin.

A l'arrivée, grossesse à terme, col effacé, dilatation de 2 centimètres. Sommet engagé en OIDP. Les membranes sont rompues à la dilatation complète (10 h. 50 du soir), l'accouchement se termine à minuit par un *dégagement en occipito-sacré*, ce qui produit des lésions superficielles du périnée. Enfant de 3.520 grammes. Délivrance normale.

Le troisième jour la femme à 38°7 le soir, on touche à l'iode les escharres qui se voient au niveau de la lésion périnéo-vulvaire; le lendemain matin : 37°, soir : 38°; on fait une injection utérine. Le jour suivant matin : 37°, soir : 38°3; deuxième injection utérine. Le sixième jour matin : 37°2, le soir : 39°4. Curage, écouvillonnage, la température tombe peu à peu, mais de façon continue pour être normale après quarante-huit heures.

Obs. XXV. — La nommée D..., 17 ans, employée, I pare, entre le 18 avril à 6 heures du soir et reste au dortoir jusqu'au 27 juillet étant albuminurique. D.R. : 17-20 septembre. Premières douleurs le 27 juillet à 2 heures du matin. Accouchement normal le soir à 11 h. 1.2, garçon de 3.370 grammes. Délivrance normale, légères lésions vagino-vulvaires.

Le deuxième jour au soir température à 39°; on fait une injec-

tion vaginale à l'iode. Le lendemain matin : 37°6, le soir : 38°, deuxième injection utérine au permanganate ; le quatrième jour au matin température : 37°2, le soir : 38° ; on fait le curage et l'écouvillonnage, la température descend rapidement à la normale.

Sur le traitement général (1).

Obs. XXVI (résumée). — La nommée L..., 1^{re} pare, entre en travail le 17 janvier à 1 heure du matin ; rupture prématurée des membranes. L'effacement du col se fait très lentement. La dilatation est suffisante le 18 janvier à 2 heures du matin. On fait application du forceps Demelin. Enfant de 4 kilogrammes bien portant. Délivrance naturelle et complète, membranes un peu déchirées. Le 19 janvier, température normale. Le 20, température : 38°. Utérus en antéversion, on sent des caillots dans le segment inférieur, on fait le curage, injection utérine à la liqueur de Labarraque. Les 21, 22, 23 janvier la température tombe le matin à 37°, remonte le soir à 38°5, injections utérines à la liqueur de Labarraque et à l'eau oxygénée. Extraction répétée des caillots fétides. Le 28 au soir, température : 39°2.

Anesthésie au chloroforme, revision de la cavité utérine qui est vide. Lavage à l'eau bouillie, puis introduction d'une mèche de gaze stérilisée contenant du *sérum pulvérulent de Petit* et imbibée de *sérum liquide*. Le lendemain, température normale, on ôte la mèche et on n'en remet pas.

Le 26, la température remonte à 38°8, on remet un second

1. *Bulletin de la Soc. d'Obs. de Paris*, février 1906 (obs. IX, X et XV).

pansement de Petit et on le renouvelle toutes les vingt-quatre heures, le 27 et le 28 malgré la chute de la température ; le pansement du 28 est laissé en place trente-six heures et remplacé le 30 par un dernier pansement qui est retiré et non remplacé. La température est définitivement tombée après le deuxième pansement (27 janvier). On note l'augmentation de l'appétit.

Obs. XXVII (*résumée*). — La nommée F..., 30 ans, I pare, soignée en 1900 pour métrite blennorrhagique probable. Le 20 janvier 1903, fausse couche de deux mois et demi environ. Examinée le 21 janvier 1903. Température à 39°, col béant, utérus exploré et reconnu vide. On fait une injection utérine à l'eau oxygénée qui est suivie d'un grand frisson. Le 25, au matin : 39°7, agitation extrême, seconde injection utérine à l'eau stérilisée, puis assèchement de la cavité et pansement à la gaze imbibée de *sérum de cheval chauffé*. Le 26, au matin : 37°6, même pansement que la veille. Le 27, pas de fièvre, troisième pansement. Guérison.

Obs. XXVIII (*résumée*). — M..., 24 ans. Accouchement normal à terme à 21 ans. En 1903, métrite blennorrhagique probable. Le 2 janvier 1905 avortement de deux mois et demi environ, suivi d'injection prise sans soins d'asepsie. A l'examen 4 janvier au soir, température : 39°, la malade se plaint de vives douleurs dans le ventre, le col est mou, entr'ouvert, laisse écouler du liquide sanguinolent et fétide. Curettage léger suivi de lavage utérin et de tamponnement à la gaze stérilisée. Le 5 janvier : 39°8. On fait un tamponnement *au sérum de Petit* (sérum sec et sérum

liquide). Le 6, température: 37°6, même traitement. Le 7, pas de température, troisième pansement. Guérison.

Obs. XXIX (Obs. X in Th. LEGRAND, 1904, *résumée*). — La nommée B..., fleuriste, âgée de 24 ans, 1 pare, 30 mars application de l'écarteur Tarnier, pour accélérer l'accouchement qui se fait six heures après. Délivrance naturelle et complète. 1^{er} avril, le soir, température: 39°8. Injection utérine iodée; quinine. 2 avril, 37°2; curettage amenant quelques débris; frisson une heure après, température: 40°4. 3 avril, matin: 37°2, soir: 39°. 4 avril, état moins bon, agitation, langue saburrale, anorexie. A 11 heures du soir collargol; pas de frisson, à minuit température: 40°, matin: 37°. La malade est moins fatiguée que la veille. Les jours suivants température normale. Guérison.

Obs. XXX. — La nommée G..., 20 ans, 1 pare, entre le 12 novembre ayant fait le 6 novembre dernier un avortement de quatre mois et demi environ et s'étant soignée depuis par des injections de permanganate.

A l'arrivée l'état est grave; température à 39°6; pouls: 120, filant et irrégulier, facies pâle, yeux cerclés de bistre, dyspnée. Le ventre est ballonné. Au toucher le col est perméable largement et il s'écoule un liquide extrêmement fétide.

La malade est légèrement anesthésiée, on fait un écouvillonnage extrêmement prudent et un grand lavage à l'eau oxygénée. Utérus extrêmement mou.

Le soir, la température est à 40°3; elle tombe le lendemain matin à 37°8.

Le 13 novembre: 40°2. On fait 10 centimètres cubes d'élec-

trargol, la température descend et le 14 novembre on répète l'injection intraveineuse d'électrargol.

L'état de la malade ne s'améliore pas sensiblement ; il y a des symptômes péritonéaux, des vomissements continuels, mais la malade est trop faible pour que l'on puisse songer à une intervention chirurgicale.

Du 14 au 19 novembre trois nouvelles injections d'électrargol intraveineuses sont faites sans résultats nets ; la température ne descend pas au-dessous de 38° et le pouls reste à 120 faible et irrégulier.

On ajoute au traitement des injections de spartéine et trois avements de sérum par jour de 200 centimètres cubes chaque. Même état jusqu'au 23 novembre où la température atteint 39°6, après s'être maintenue précédemment entre 38° et 39°. La malade est en mauvais état, on fait 800 centimètres cubes de sérum et injecte 10 centimètres cubes de ferment métallique (argent) ; peu de modification. On note de la congestion des deux bases des poumons.

Le 26 novembre. — On fait un abcès de fixation : 1 centimètre cube d'essence de térébenthine sous la peau de l'abdomen ; la température se maintient autour de 39°.

Malgré cela l'état reste grave avec de grandes oscillations de température.

Les jours suivants il se produit une légère réaction au niveau de la peau de l'abdomen et un abcès se forme, d'où on tire un pronostic favorable.

Le 30 novembre. — Le pus se fait jour spontanément à l'extérieur, on agrandit alors l'orifice pour y faire passer un drain. L'état reste pourtant mauvais jusqu'au 4 décembre : le pus s'écoule en abondance de la plaie, la malade se plaint d'une

céphalée intense, mais son état semble se relever et en effet, à partir du 5 décembre, la température tombe peu à peu et arrive à la normale à mesure que la guérison s'opère.

Cette malade est sortie du service en très bon état.

Cette observation est intéressante car elle résume les différents traitements qu'on peut mettre en œuvre dans l'infection puerpérale grave et montre qu'on ne doit jamais désespérer et que les abcès de fixation peuvent donner parfois des résultats remarquables après échec des autres traitements.

CONCLUSIONS

De cette étude nous pouvons conclure que dans tous les cas c'est en usant de mesures prophylactiques minutieuses que l'on arrivera à éloigner les chances de l'infection puerpérale qui pourra être évitée presque toujours dans les accouchements normaux : c'est-à-dire quand il n'y aura pas eu de rupture prématurée des membranes, d'hémorragies graves, de rétentions, etc., ou d'intervention opératoire nécessaire.

Quand on aura quelque doute sur l'état de la muqueuse utérine on ira *au plus tôt*, avant même l'élévation de température dans certains cas, faire la désinfection de la cavité utérine par l'écouvillonnage et surtout systématiquement dans les avortements criminels (nettoyage prophylactique de Budin).

Quand la température s'élèvera dans les jours qui suivent l'accouchement (ou l'avortement), on pourra essayer une injection utérine sans trop s'y attarder et on arrivera rapidement à faire une révision de la cavité utérine par le curage digital suivi d'écouvillonnage et d'attouchement à l'iode, à la glycérine créosotée ou au sérum de R. Petit.

Quand il semblera que l'infection a franchi l'étape utérine, on s'en assurera par l'examen local et l'on évitera de faire une intervention alors inutile et parfois dangereuse, pour s'en tenir au traitement général et l'on aura recours au collargol en injections intraveineuses, au sérum physiologique à petites doses et accessoirement aux bains, aux enveloppements froids comme adjuvants.

Enfin on pourra toujours tenter un abcès de fixation et on se souviendra que les interventions chirurgicales, quoique rationnelles en apparence, doivent être l'exception car elles ne donnent que très rarement de bons résultats, les malades n'étant le plus souvent pas même en état d'en supporter le shock à la période tardive où l'on intervient actuellement encore.

Vu : le Président de la thèse

BAR

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- JEANNIN. — Étude clinique de la pyélonéphrite dans les suites de couches (*Progrès méd.*, 25 jan. 1907).
- BUDIN. — Traitement de l'infection puerpérale (*Académie de méd.*, juill. 1901).
- AUMOND. — De l'iode comme topique utérin dans les infections puerpérales (*Th. Paris*, 1904).
- TARNIER. — Traitement de l'infection puerpérale (*Bull. méd.*, 1895).
- DEMELIN. — Du curage digital dans le traitement de l'infection puerpérale (*Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 19 avr. 1906).
- FAIX. — Présentation d'une curette digitale (*Bul. de la Soc. d'obst. de Paris*, 15 avr. 1906).
- BUDIN. — Traitement de l'infection puerpérale à la clinique Tarnier (*An. de la Soc. d'obst. de France*, 1902).
- MAYGRIER. — Pronostic et traitement de l'avortement criminel (*An. de la Soc. d'obstétrique de France*, 1902).
- R. PETIT. — De l'emploi du sérum de cheval chauffé contre les infections de chirurgie abdominale (*Revue de chirurgie abdominale et de gynéc.*, 1904, n° 4).
- RAYMOND PETIT, BARLERIN ET DEMELIN. — Excitation locale de la polynucléose dans les infections puerpérales par du sérum de cheval chauffé (*Bulletin de la Société d'Obstétr. de Paris*, 15 février 1906).
- JEANNIN. — Infections puerpérales putrides (*Thèse de Paris*, 1902).
- AUG. TURRIN. — Traitement de l'infection puerpérale (*An. de Gynéc. et d'Obst.*, août 1907).
- MARMORECK. — Le streptocoque et le sérum antistreptococcique (*An. de l'Institut Pasteur*, juillet 1885).
- *Société de Biologie* (23 fév.-30 mars 1895).

- BAR ET TISSIER. — Faits pour servir à l'histoire du traitement de l'infection puerpérale par le sérum antistreptococcique (*L'Obstétrique*, 15 mars-15 mai 1896).
- PINARD ET WALLICH. — Traitement de l'infection puerpérale (*Paris*, 1896).
- MOURETTE. — Essais sur le lavage du sang (*Th. Paris*, 1896).
- NETTER. — Efficacité de l'argent colloïdal dans le traitement des maladies infectieuses (*Bull. de la Soc. Méd.*, 18 décembre 1902).
- AUDEBERT. — Traitement de l'injection puerpérale par le collargol (*Soc. Obst. de France*, 1904).
- BONNAIRE. — De l'action du collargol dans les infections puerpérales (*Presse Médicale*, 21 nov. 1906).
- LEGRAND. — Du collargol en obstétrique (*Th. Paris*, 1904).
- GASTON GUAY. — Traitement de l'infection puerpérale par les injections intra-veineuses de collargol (*Bull. méd. de Québec*, déc. 1905, p. 148).
- CARLES. — Les abcès de fixation dans les maladies infectieuses (*Th. Paris*, 1903).
- VINCENT. — Abcès de fixation dans un cas de septicémie puerpérale (*Soc. de chirurgie de Lyon*, déc. 1905).
- BAR ET JEANNIN. — Suites de couches pathologiques (*La pratique de l'art des accouch.*).
- PLAYFAIR. — *Britisch Med. Journ.* (nov. 1877).
- CHABERT. — (*Th. de Lyon*, 1884.)
- MACÉ. — Traitement de la septicémie puerpérale par la réfrigération. *Archives de Tocologie et de Gynécologie* (déc. 1894).
- BRÉHIER (G.). — Quelques nouvelles observations d'infections puerpérales traitées par le froid (*Th. Paris*, 1899).
- POTOCKI. — Modifications globulaires du sang dans l'infection puerpérale envisagées au point de vue du pronostic et du traitement (*Congrès international. d'Obst., de Gynéc. et de Pédiatrie*. Rouen, avril 1904).
- D'ESPINE. — Contribution à l'étude de la septicémie puerpérale. *Paris*, 1873 (suivi d'un riche index bibliogr.).
- RIBEMONT-DESSAIGNES ET LEPAGE. — Précis d'Obstétrique.